



## Afleveringsrapport - delopgave 1-4 under den fælles akutdatabase

### Indholdsfortegnelse

1. Baggrund for databasen.....	1
Vedtagne præmisser.....	2
2. Ændringer i processen .....	3
Udvidelse af styregruppen .....	3
Aflevering fra den regionale Temagruppe for det præhospitale.....	3
3. Samlet konklusion og forslag til videre proces.....	3
4. Forslag til organisering af det videre arbejde .....	4
5. Detaljerede konklusioner fra de fire delopgaver .....	5
Delopgave 1 – afdækning af datakilder.....	5
Delopgave 2 - dokumentalistrapport .....	6
Delopgave 3 - generisk patientforløb.....	7
Delopgave 4 - generisk patientforløb.....	7
Appendiks 1: Arbejdsprocesser .....	9
Delopgave 1 – afdækning af datakilder.....	9
Delopgave 2 – dokumentalistrapport.....	9
Delopgave 3 – generisk patientforløb .....	9
Delopgave 4 – tracerforløb.....	9
Appendiks 2: Regnskab for delopgave 1-4 .....	10

I indeværende aflevering er først redegjort for baggrund for databasen og processen frem mod aflevering af delopgave 1-4, hvorefter følger Databasernes Fællessekretariat opsamling på resultaterne af delopgave 1-4 og forslag til videre proces og organisering.

Rapporten afsluttes med detaljeret redegørelse for konklusionerne i de fire delopgaver.

For selve afleveringerne fra delopgaverne henvises i øvrigt til de separate rapporter afleveret vedr. de fire delopgaver, som kan tilgås her:

<https://fildeling.itmedico.dk/Files.aspx>; brugernavn: RKKPdrift; adgangskode: ans1234

Alle dokumenter fra processen herunder kommissorier og mødereferater kan tilgås samme sted.

### 1. Baggrund for databasen

RKKP-styregruppen konstaterede i nov. 2012, at der var behov for etablering af en fælles akutdatabase for at sikre regionerne relevant mulighed for at følge op på kvaliteten af den akutte behandling – især i lyset af de mange organisatoriske ændringer på området bl.a. i forhold til etablering af fælles akutmodtagelser

RKKP-styregruppen besluttede derfor at iværksætte et projektforberegende arbejde via etablering af en bredt funderet styregruppe med hhv. 10 repræsentanter udpeget af de lægevidenskabelige selskaber og 10 repræsentanter udpeget af regionerne.

Den nedsatte styregruppe afholdt etablerende møde 18. marts 2013 og anbefalede, at der som forberedelse til etablering af databasen blev gennemført følgende 4 delopgaver:

1. Identifikation og karakteristik (tilgængelighed, validitet og integrerbarhed) af alle potentielle tilgængelige datakilder anvendt ved dokumentation i akutsektor
2. "Dokumentalistrapport" for hhv. det præhospitale område og akut modtagelsen sv.t. litteraturgennemgang af internationale erfaringer og evidens vedrørende kvalitetsindikatorer i præhospital & akutmodtagelsesfunktioner.
3. Definition af 'generisk patientforløb' for akutte patienter samt identifikation af kritiske målepunkter i forløbet
4. Identifikation af veldefinerede patientgrupper, der udgør tracerforløb i kvalitetsvurdering af akutsektoren: Alvorlige tilstande (diagnoser) hvor akut behandling har betydning for prognosen, hyppigt forekommende tilstande i akutsektoren, hvor visitation og behandling har betydning for forløbets kvalitet.

Opgaverne vurderes nødvendigt for at kunne sikre et beslutningsgrundlag til egentlig etablering af en database.

RKKP-styregruppen udmøntede i juni 2013 kr. 809.000 til gennemførelse af de første 4 delopgaver. Se aflagt regnskab for projektbevillingen i appendiks 2.

For at fremrykke processen besluttede styregruppen for databasen via en mailhøring i nov. 2013 gennemførelse af flg. delopgave 5:

5. Valg og definition af indikatorer via en Delphi-proces – hvor konkret projektplan skal godkendes af styregruppen for databasen på møde 4. feb. 2014

#### *Vedtagne præmisser.*

Styregruppen for databasen vedtog også på etablerende møde flg. præmisser for databasen:

1. Formelt tværsektorielt og dermed dækkende alle akutte patientforløb i det præhospitale (også primær sektor) og sekundær sektor uanset organisering af behandling.
2. Baseret udelukkende på eksisterende datakilder

Det er erkendt at præmis 2 vil sætte praktiske begrænsninger på databasens genstandsfelt, der førte til en præmis 3 vedtaget på andet møde i styregruppen i aug. 2014

3. ved første idriftsættelse af databasen vil alene blive fokuseret på de akutte hospitalsforløb samt overgangen fra det præhospitale til sekundær sektoren.



## 2. Ændringer i processen

### *Udvidelse af styregruppen*

På andet møde i aug. 2013 vedtog styregruppen en udvidelse med repræsentanter for de følgende områder – dette på baggrund af vurdering af, at det var relevant for at kunne leve op til de fastsatte præmisser særligt nr. 2:

- det organkirurgiske,
- billeddiagnostiske område
- fra almen praksis

### *Aflevering fra den regionale Temagruppe for det præhospitale.*

Den regionale temagruppe for det præhospitale udgav i efteråret 2013 " Rapport om forslag til nationale kvalitetsmål for den præhospitale indsats i Danmark". Rapporten hviler på en gennemgang af litteratur og indhentet udenlandsk ekspertbistand. Der er redegjort for litteraturen i rapporten. De valgte kvalitetsmål tager udgangspunkt i et defineret generisk forløb, og er bakket op af fagfolk fra de fem regioner. Efter samråd med formand for Temagruppen Lars Onsberg Henriksen besluttede fællessekretariat, at den planlagte dokumentalistrapport og beskrivelse af generisk forløb for området i regi af den fælles akutdatabase p.t. ikke er relevant.

Temagruppens rapport fremgår på fildelingssiden angivet ovenfor.

## 3. Samlet konklusion og forslag til videre proces

På basis af afleveringer fra delopgave 1-4 (se afsnit 5 for detaljerede konklusioner fra de respektive delopgaver) konstaterer Databasernes Fællessekretariat følgende:

- Gennemgang af international litteratur og tilbagemeldinger fra regionerne om forskelle i organisation og registrering har bekræftet relevansen af styregruppens indledende understregning af stor forsigtighed med anvendelse af en kommende fælles akutdatabase til egentlig benchmarking.
- Gennemgang af den internationale litteratur har afdækket (for) mange mulige indikatorer, hvor der skal ske en faglig prioritering af disse – dermed er konstateret behov for gennemførelse af Delphi-proces jf. allerede besluttet delopgave 5.
- På baggrund af ønske om at anvende eksisterende datakilder – i kombination med meget forskellig organisering af akut behandlingen – må konstateres:
  - At monitorering af de samlede akutte patientforløb på det generiske plan bliver meget enkel med få målepunkter
  - At databasen i højere grad end først ventet baseres på tracertilstande, hvor der er bedre muligheder for at definere og monitorere patientforløbet på tværs af forskellig organisation – her skal så også ske prioritering jf. Delphi-processen.
- Når de enkelte målepunkter er valgt via Delphi-processen, skal iværksættes følgende processer:
  - Konkret specifikation af indikatorer og variable i regi af faglig styregruppe (se forslag til organisation) – denne opgave er beskrevet som del af delopgave 5



- Opfølgning ift. definitioner af forløbstidspunkter herunder specifik dialog med afdelinger/regioner om, hvordan der konkret sker registrering samt om der er forskelle i opfattelse af konkrete tidspunkter.
- For at sikre databasens anvendelse i afdelingernes konkrete kvalitetsudvikling bør overvejes, om resultaterne for de generiske forløb kan opgøres for subpopulationen, der er i kontakt med en fælles akutmodtagelse
  - For at sikre muligheden for dette anbefales, at alle regioner sikrer, at deres FAM får selvstændig SKS-organisationskode
  - Herunder bør overvejes om der på tværs af enkelte afdelinger og regioner kan gennemføres lokale/regionale pilotprojekter med kvalitetsmonitorering på områder, hvor der ikke p.t. fra nationalt hold kan ske monitorering pga. præmis om centrale datakilder – men hvor der på tværs af enkeltregioner er muligt at sammenligne data (f.eks. ift. triage). Her giver RKKP-organisationen tilsagn om relevant bistand.
  - Samtidig anbefales en udvidelse af tilgængelige centrale data ved at skabe enighed om triagemodel og registrering af kontakårsag hhv. ved triage og ved evt. overførelse til anden afdeling og følgende overførelse af disse data til LPR.
- At der er behov for, at styregruppen drøfter, om der skal ske modificering af principiel beslutning, at databasen skal dække den samlede population. Her anmodes styregruppen tage stilling til konkret inklusion af:
  - obstetriske kontakter
  - børn
  - psykiatriske akutte kontakter
  - afdelinger med meget få akutte kontakter pr. år efter konkret og løbende opdateret vurdering af de enkelte afdelinger (hvor 90 % af den somatiske population samler sig på de 32 % afdelinger med flest kontakter – blandt de 577 afdelinger, der ifl. eSundhed har haft akutte kontakter jf. aflevering fra delopgave 1)

#### **4. Forslag til organisering af det videre arbejde**

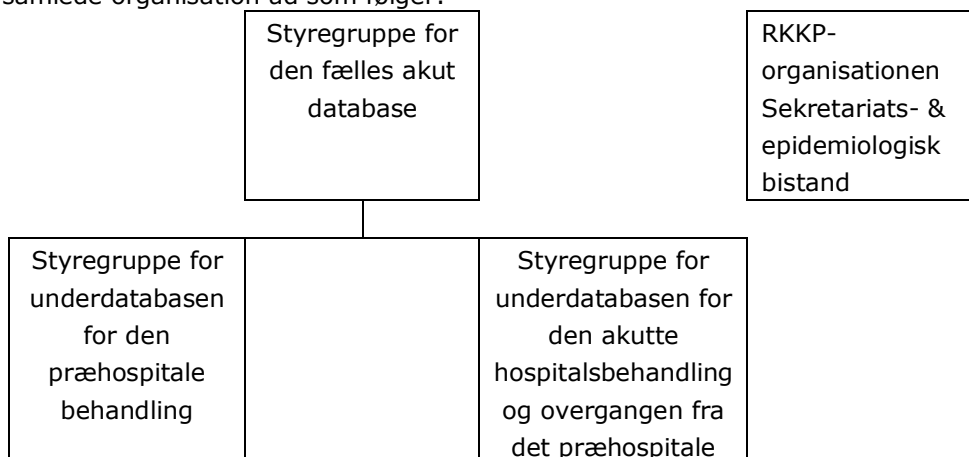
Med henblik på hurtig etablering af monitorering sv.t. udvalgte indikatorer dels af den regionale temagruppe dels i den kommende Delphi-proces forslår Fællessekretariatet den følgende organisering af det kommende arbejde:

- De to nuværende arbejdsgrupper
- Efter aftale med den regionale temagruppe sker detaljerede indikatorspecifikationer med udgangspunkt i de af gruppen valgte målepunkter for det præhospitale område.
  - Her udpeges en faglig styregruppe for underdatabase bestående af 5-10 medlemmer fra de regionale organisationer, som får til opgave at etablere en database/indikatorer fuldstændig tilsvarende andre styregrupper for kliniske databaser under etablering.
  - Under forudsætning, at der opnås bevilling fra RKKP-styregruppen iværksættes arbejdet før sommerferien.
- Vedr. monitorering af hospitalsbehandlingen/overgangen til hospitalsbehandlingen sker udvælgelse ved Delphi-proces (allerede vedtaget delopgave 5)



- For at kunne iværksætte monitorering hurtigst muligt efter udvælgelse, nedsættes en faglig styregruppe, som i første omgang vil være følge/styregruppe for Delphi-processen, derefter styregruppe for underdatabasen.

Dermed ser den samlede organisation ud som følger:



Dette er tilsvarende organisering af fælles database for diabetes, den kardiologiske fællesdatabase, den ortopædiske fællesdatabase samt flere DMCG-databaser. En organisering, som RKKP har gode erfaringer med.

## 5. Detaljerede konklusioner fra de fire delopgaver

I indeværende afsnit er samlet op på konklusioner/anbefalinger fra de fire delopgaver. For en beskrivelse af tilrettelæggelse af arbejdet i forhold til de fire opgaver henvises til Appendiks 1 i indeværende rapport.

### *Delopgave 1 – afdækning af datakilder*

En afdækning af datakilder har medført en konklusion om, at selv ved anvendelse af centrale datakilder, skal tages højde for forskelle i organisering, der kan medføre forskelle i registreringer/definitioner af nøgletidspunkter. Samtidig viser afdækningen, at der – fordi der anvendes samme datakilder/triagemodeller - på tværs af enkelte afdelinger og regioner kan gennemføres lokale/regionale forsøg med benchmarking på områder, hvor der ikke fra nationalt hold kan ske monitorering pga. præmis om centrale datakilder.

Derudover sker der i aflevering af delopgave 1 følgende anbefalinger:

#### *Anbefaling 1*

Det vurderes, at en monitorering af den akutte modtagelse af patienter via eksisterende datakilder alene vil være muligt, hvis alle regioner sikrer, at deres FAM får selvstændig SKS-organisationskode. Dette vil sikre nem måde via eksisterende datakilder at identificere patienter, der hhv. kommer ind via FAM hhv. går direkte til en afdeling samt for førstnævnte deres evt. videre behandlingsforløb i sekundærsektoren. Det anbefales, at regionerne etablerer

disse organisationskoder hurtigst muligt, så dette kan være på plads før der etableres dataindsamling.

### *Anbefaling 2*

Der er sket principiel beslutning, at databasen skal dække alle akutte kontakter i sekundærsektoren. Det anbefales, at denne beslutning ledes op af en gennemgang af afdelinger, der modtager patienter akut (se appendiks 2) med henblik på vurdering, om enkeltafdelinger skal ekskluderes ift. konkrete kvalitetsmål: fra epidemiologisk side er anbefalet, at der her tages stilling til inklusion af akutte kontakter på obstetriske afdelinger samt børneafdelinger. Derudover kan det overvejes, at ekskludere afdelinger fra databasen, der har færre end et vist antal kontakter, idet størstedelen af patienterne samler sig på relativt få afdelinger. Det anbefales, at styregruppen enten træffer beslutning om en nedre grænse for inklusion i databasen eller anmoder den kommende faglige styregruppe i samarbejde med de epidemiologiske centre sætte en grænse evt. på basis af yderligere oplysninger fra regionerne omkring forløbene.

### *Anbefaling 3*

På grund af de mulige forskelle både i opfattelse men også i registrering af tidspunkterne defineret i det generiske patientforløb anbefales, at der i regi af kommende faglige styregrupper i databasen (med bistand af epidemiologiske centre) sker en fastlæggelse af detaljerede specifikationer af disse tidspunkter. Specifikationen bør efterfølges af en detaljeret dialog med regionerne om, hvilke tidspunkter der reelt registreres i de administrative systemer. Herunder hvilke tidspunkter, der overføres til de centrale systemer.

### *Delopgave 2 - dokumentalistrapport*

I dokumentalistrapporten for den akutte hospitalsbehandling konstateres, at der kan identificeres mulige indikatorer i to "faser":

- umiddelbart tilgængelige mål – som vil give et hurtigt overblik over patientforløbene – hvor/hvornår kommer de ind; hvor/hvornår afsluttes de
- mange indikatorer, hvor der ikke p.t. kan hentes data, men som kan findes i litteraturen.

Rapporten konstaterer, at der skal ske en udvælgelse af indikatorer – og det er i forbindelse med denne konklusion at delopgave 5 med gennemførelse af bred Delphi-proces blev foreslået og vedtaget jf. ovenfor.

I rapporten fremhæves, at der højst bør ske udvælgelse af 8-10 indikatorer for det generiske forløb og tilsvarende antal for underdatabaserne.

Mht. detaljeringsgrad i dokumentalistrapporten skal det understreges, at præmissen for opgaven var gennemgang af eksisterende litteratur på området.

Når det endelige valg af indikatorer er sket på baggrund af dokumentalistrapporten og den planlagte Delphi-proces, vil der skulle udarbejdes detaljeret specifikation af hver enkelt valgt indikator/variabel jf. RKKP's dokumentationsskabelon.



### *Delopgave 3 - generisk patientforløb*

I delopgave 3 anbefales, at der anvendes flg. målepunkter i et generisk forløb i den akutte hospitalsbehandling – da disse alene er mulige at definere ensartet på tværs af de forskellige modtagelsesformer af patientforløb:

- Patientgruppe: akut ankommet som identificeret via LPR og/eller kontakt til AMK
  - Undergruppe: akutte patienter, der afsluttes præhospitalt (kan opdeles i hhv. med/uden kontakt til ambulance/lægeamb/helikopter)
    - Generiske målepunkter:
      - kontakt igen inden for 72 timer
      - mortalitet
  - Undergruppe: patienter med hospitalskontakt
    - Generiske målepunkter:
      - Tid for forløbstart til –slut (hvor der er opmærksomhed på evt. registreringsmetoder, hvis der er delay fra egentlig kontakt til registreret kontakt jf. også delopgave 1).
      - Kontakt igen inden for 72 timer
      - Mortalitet
      - Efterfølgende: ingen opfølgning/ambulant opfølgning/andet

I regi af Regionssundhedsdirektørkredsen blev i efteråret 2013 vedtaget definitioner af de følgende tidspunkter på regionernes akutfunktioner (Sag nr. 10/550 – fremgår af Appendiks 3 i rapport fra delopgave 1):

- Ankomst,
- Behandlingsstart
- Behandlingsslut – akutte ikke-indlagte patienter
- Behandlingsslut – akut indlagte patienter

Arbejdsgruppe 1, der stod for definition af generisk forløb, har konstateret, at behandlingsstart ikke kan defineres generisk og tidspunktet vurderes derfor alene relevant i forhold til tracertilstandene.

### *Delopgave 4 - generisk patientforløb*

I delopgave 4 er sket identifikation af tracerforløb inden for følgende fokusområder:

1. Patienter med initialt ukendt diagnose
2. Patienter, som afsluttes i akutsektoren
3. Tilstande, dækket af eksisterende databaser
4. Sepsis patienter
5. Patienter med hyppigt fremmøde i akutsektoren
6. Den multisyge patient

Tracerforløbene er efterfølgende inddelt i:

- Hyppige tilstande
- Kritiske tilstande



- Diversitet (således at bredden af specialer/patienttyper dækkes)
- Ressourcer
- Generiske markører (som beskrives nærmere i dokumentalistrapporten vedrørende det generiske akutte patientforløb)

På baggrund af denne gennemgang anbefaler arbejdsgruppen med ansvar for delopgaven:

- Etablering af egne afdelingskoder, som gælder den samlede akutafdeling – svarende til anbefaling også i delopgave 1
- National konsensus for triage og kontaktårsag
- Registrering af kontaktårsag ved modtagelse på stamafdeling
- Tidsstempelt data til Landspatient Registeret (LPR)





## **Appendiks 1: Arbejdsprocesser**

Mhp. løsning af delopgave 1-4 blev besluttet følgende arbejdsprocesser

### *Delopgave 1 – afdækning af datakilder*

Afdækningen blev tænkt gennemført via rundrejse til de fem regioner og flere afdelinger mhp. dialog med regionerne/afdelingerne om eksisterende datakilder. Det viste sig ikke muligt at rekruttere person til løsning af denne opgave og dermed blev vedtaget – også i mailhøring af styregruppen i nov. 2013 - at gennemføre afdækningen via regionale tilbagemeldinger. Dette skete via udformning af spørgeskema i dialog mellem RKKP-organisationen, regionerne og kliniske medlemmer af projektorganisationen under den fælles akutdatabase.

Spørgeskemaet kan ses sammen med den samlede opsamling af datakilder i rapport vedr. delopgave 1.

### *Delopgave 2 – dokumentalistrapport*

Med henblik på afdækning af evidensgrundlaget for de 2 områder blev afsat i alt 3 månedsværk og tilknyttet yngre læge Julie Mackenhauer, som skulle gennemgå evidensgrundlaget med bistand fra faglig leder for RKKP Paul Bartels samt epidemiologer fra kompetencecentre under RKKP.

Jf. arbejdsproces for delopgave 4 blev Julie Mackenhauer også tilknyttet som ressourceperson til formand for gruppe 2 Ole Mølgaard.

Jf. den regionale temagrupperapport udgik krav om afdækning af evidensgrundlag for det præhospitale

### *Delopgave 3 – generisk patientforløb*

Mhp. fastsættelse af generisk patientforløb nedsatte styregruppen en arbejdsgruppe 1, som mødtes tre gange i perioden juni 2013-jan. 2014. Arbejdsgruppen udpegede formandskab Annmarie Lassen og Poul Anders Hansen. Øvrig sammensætning af og kommissorium for gruppen og referater fra møder fremgår af aflevering af delopgave 3.

Jf. den regionale temagrupperapport udgik krav om beskrivelse af patientforløb for det præhospitale

### *Delopgave 4 – tracerforløb*

Mhp. identifikation af tracerforløb nedsatte styregruppen en arbejdsgruppe 2, som mødtes tre gange i perioden juni 2013-jan. 2014. Arbejdsgruppen udpegede formand Ole Mølgaard, som derudover fik tilknyttet ressourceperson Julie Mackenhauer til at bistå med det praktiske arbejde. Øvrig sammensætning af og kommissorium for gruppen og referater fra møder fremgår af aflevering af delopgave 4.



## Appendiks 2: Regnskab for delopgave 1-4

### Udgiftsposter

Opgaverelaterede poster

Timeforbrug

Klinisk frikøb – afdækning af evidens (1,5 månedsløn til læge for hhv. præhospitale område/akut området)/sikring af arb.station til den pågældende

Bevilliget Anvendt/forventet  
anvendt i jan. 2014

225.000 125.491

Afdækning af datakilder, KCKS-øst (opgaven uddelegeret til Fællessekretariatet/foreslået uddelegeret til regionerne jf. mailhøring sept. 2013)

200.000 0\*

Projektledelse + faglig opsamling, Fællessekretariatet

200.000 100.000

Del af projektledelse flyttet til formandskaber i gruppe 1 og 2

100.000

Epidemiologisk bistand

67.000 67.000

Sekretariatsbistand, KCKS-vest

67.000 67.000

Øvrige poster

Møde/transportudgifter

50.000 20.000

### I alt

**809.000 479.491**

Resultat (med forbehold for usikkerhed omkring mødeudgifter i jan. 2014)

Rest. projektsum:  
329.509

\*opgaven blev gennemført via spørgeskema, som blev udarbejdet af RKKP-organisationen/tilknyttede fagpersoner inden for rammerne af de øvrige bevillingsposter.

Overskydende projektsum (ca. 329.509) forventes modregnet i bevilling til kommende delopgave 5.

